1263
1870
Lane Medical Library

Ueber

Syphilome des musculus sterno-cleido-mastoideus nebst zwei Fällen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 21. Mai 1890

Mittags 2 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Clemens Rüschhoff

aus Altendorf bei Essen.

Opponenten:

Herr Dr. med. P. Buchholz, Assistenzarzt der chirurg. Klinik.
Herr Dr. med. A. Westhoff, Assistenzarzt am physiol. Institut.
Herr Drd. med. W. Heidemann.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0145

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser!

Lymphdrüsen hinaus verbreiteten Erkrankung, dürfte durch die zahlreichen Untersuchungen der Dualisten erwiesen sein, welche die Verwechslung des ulcus molle mit dem chancre mixte (Rollet) seitens der Unitarier ergaben.

Wichtiger sind die meist auf dem Körper zerstreut sich findenden Narben, welche die Residuen des stets in Kreisen oder Gruppen angeordneten tertiären papulo-ulcerösen Syphilis sein können; in seltenen Fällen zeigen sie das Bild der liodermia syphilitica, bei der eine weit ausgedehnte, narbige Atrophie der Haut vorliegt. Hinsichtlich der Narbenbildung ist vor allem auf den Unterschenkel zu achten, bei welchem infolge der erschwerten Circulation es häufig zu Ulcerationen mit sekundärer Narbenbildung kommt; auch die psoriasis plantaris et palmaris hinterlässt deutliche Spuren. Nur in seltenen Fällen wird sich, wenn schon ein Syphilom vorhanden ist, noch Ausschlag nachweisen lassen; die Polymorphie des Ausschlages, der als sekundäres und tertiäres gross- und kleinpapulöses Exanthem mit ulcerösen, serpiginösen und crustösen Variationen sich präsentiert, wird ihn leicht von andersartigen Hauteffloreszenzen scheiden. Ungleich wichtiger ist der Befund des perforierten septum narium; die Sattelnase lenkt sofort den Verdacht auf Syphilis. Die Palpation am Knochensystem von Osteophyten und trichterförmigen Dellen weist auf periostitis ossificans beziehungsweise caries sicca der sekundären Periode hin; tophus, in

höckriger Form, wie häufig an der clavicula, oder an einer ganzen Knochenlänge in Verbindung mit einer Funktionsstörung durch die Schwere des eburnierten Knochens oder Ankylose des benachbarten Gelenkes auf periostitis syphil. tert.; die Knochenauftreibungen sind nicht selten druckempfindlich. Klagen die Patienten über klopfende, hämmernde Schmerzen mit nächtlichen Exacerbationen, so lässt sich an osteomyelitis gummosa denken. Eine Knochenfistel kann einem vereiterten Gummaknoten seinen Ursprung verdanken. Verkürzung, Ankylose und Narbenbildung der Fingerglieder sind häufig die Folgezustände einer dactylitis syph. Ergüsse in's Gelenk, sei es, dass dieselben primär entstanden sind oder deuteropathisch im Anschluss an die syphilitisch erkrankten, das Gelenk konstituierenden Knochenenden, lassen an lues denken; besonders ist hierbei auf das Sterno-Clavicular-Gelenk zu achten.

Ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel bietet die papula iridis (-condyloma iridis), da diese bei zahlreichen Syphilitischen (die Angaben schwanken zwischen 1—5 %) angetroffen werden; Kerato-Iritis scheint stets ein Symptom hereditärer lues zu sein.

Tertiäre luetische Erkrankungen innerer Organe sind so wenig charakteristisch, dass sie unberücksichtigt bleiben müssen.

Doch selbst die gründlichste Untersuchung findet zuweilen nicht die Spur einer früheren syphilitischen Erkrankung; in diesem Falle muss man sich an den

Die Kenntnis der Muskelsyphilis ist eine Errungenschaft der Wissenschaft, welche hauptsächlich französischen Forschern zu danken ist. In seiner Schrift „des tumeurs des muscles“ giebt Armand Deprès einen kleinen Überblick über die Förderer der Kenntnis dieser Erkrankungen. Im Jahre 1774 wies zuerst Astruc auf die Muskelsyphilis hin und erklärte sie in der Weise, dass sich ein syphilitisches Virus in dem Muskelgewebe einniste und Ganglien oder kleine Tumoren bilde, welche den Kreislauf hemmend, Schmerz erzeugten. Lagneau dachte sich den anatomischen Vorgang in ähnlicher Weise. Boyer beobachtete mehrere Fälle von Zungensyphilis, wobei er die Schmerzhaftigkeit der afficierten Stellen hervorhob, weitere Beobachtungen wurden von Lisfranc und Ricord (1842) gemacht.

1845 beschrieb Salomon die Muskelsyphilis und hob hervor, dass dieselbe hauptsächlich im musc. sterno-cleido-mastoid. ihren Sitz habe. 1846 gab Bouisson eine Denkschrift über die Syphilis der Muskeln heraus, wobei er wie auch Salomon und später Nelaton einen Fall von Syphilis des m. st. cl. m. anführt.

In Deutschland ist die Syphilis und insbesondere die der Muskeln in nur geringerem Grade von den Forschern gewürdigt worden. Die richtige anatomische Deutung der Syphilome wurde von Virchow gegeben. In den gebräuchlichen chirurgischen Handbüchern finden sich kaum Andeutungen über die Muskelsyphilis und doch ist die Kenntnis dieser Art von Geschwülsten sehr wichtig, da nur mit ihrem Besitze eine erschöpfende Differentialdiagnose möglich ist.

Wir wollen uns im folgenden mit der syphilitischen Erkrankung des unter den Muskeln von der Syphilis besonders bevorzugten m. sterno. cleido mastoideus beschäftigen.

Die grosse Zahl der Entzündungen und Geschwülste des Halses und das wechselvolle Bild ihres Auftretens erschweren häufig eine sichere Diagnose, machen sie am Lebenden zuweilen sogar unmöglich. Diese Schwierigkeit führt zu therapeutischen Eingriffen, welche eher schaden wie nutzen; so sind nicht selten Syphilome des m. sterno-cl. m. mit andersartigen Geschwülsten verwechselt und mit dem Messer zwecklos behandelt worden, wo in ihren therapeutischen Erfolgen glänzend erprobte Arzneimittel in kurzer Zeit Heilung erzielt hätten. Die selbst erfahrenen Klinikern widerfahrene Verwechslung der Produkte der constitutionellen Syphilis am m. st.-cl.-m. mit andersartigen Geschwülsten lässt sich nur durch eine ganz genaue Differentialdiagnose vermeiden.

Wir wollen versuchen, im Anschlusse an zwei

Fälle von Syphiloma am m. st.-cl.-m., welche in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Beobachtung kamen, auf eine differentielle Diagnose der Entzündungen und Geschwülste des Muskels, sowie seiner nächsten Umgebung näher einzugehen; um mit Berücksichtigung dieses Faktors, sowie der Anamnese und des Status praesens eine genaue Diagnose sichern zu können.

Klinisch verstehen wir unter dem — von E. Wagner eingeführten — Namen Syphilom eine unter dem Einflusse des syphilitischen Virus entstehende Geschwulst der Weichteile in der tertiären Periode der Syphilis. Nicht mit Unrecht hat Virchow diese Bezeichnung als nicht korrekt verworfen, da pathalogisch die Endung -oma eine Geschwulst im allgemeinen bezeichnet, also eine Neubildung, die sich nicht auf Weichteile allein bezieht; doch ist der Gebrauch des Namens allgemein eingebürgert; von Langenbeck schlägt vor, die Syphilome aus der Reihe der chirurgischen Geschwülste zu eliminieren, da sie als Produkte einer specifischen Entzündung, als Infiltrate anzusehen sind. Ob das Syphilom in der That erst in der sogenannten tertiären Periode der Syphilis auftritt oder, wie neuerdings einige Forscher behaupten, schon kurz nach oder gleichzeitig mit der ersten Allgemeineruption, bleibt dahin gestellt; in den meisten Fällen — wobei natürlich von der malignen Syphilis zu abstrahieren ist — treten die Gummata nicht vor dem 3. Jahre nach der Infektion auf.

Während wir es bei der Initialsclerose und bei

den Erscheinungen der sekundären Periode mit akuten Entzündungen mit erheblicher Infiltration der Papillen und der oberflächlichen cutis mit Rundzellen, sowie mit eingelagerten epitheloiden- und Plasmazellen bei vorzüglich perivaskulärer Zellenanhäufung zu thun haben, erscheint uns das Produkt der syphilitischen Infektion der Weichteile in dem tertiären Stadium, das Syphilom oder der Gummaknoten, als eine chronische Entzündung mit Wucherung des Bindegewebes.

Das Syphilom tritt in zwei verschiedenen Formen auf, entwender circumscript, geschwulstartig, miliar bis faustgross mit Neigung zur Verkäsung oder zum fettigen Zerfall mit peripher um die zerfallenen Massen gelagertem, anfangs gewuchertem, später schwielenartigem Bindegewebe oder diffus in Form chronischer interstitieller Entzündung mit anfänglicher Wucherung, späterer narbiger Retraktion des neugebildeten Bindegewebes; hierbei nimmt im Beginne des Processes das Organ an Volumen um ein Bedeutendes zu.

Combinationen dieser beiden Formen sind nicht selten, sodass in dem hypertrophischen Organe ein oder mehrere prall-elastische beulenartige Knoten, die meist nicht mit der Haut verlötet sind, zu palpieren sind.

Im Muskel speciell kommt es zur Myositis fibrosa, welche sich als eine Wucherung des interstitiellen Bindegewebes auf Kosten des contraktilen Gewebes darstellt; das perimysium internum gerät in Wucherung, die in Bildung fibrösen Gewebes endet, während

das Parenchym erhebliche Einbusse erleidet. Auch im Muskel treten die Syphilome entweder circumskript, geshwulstartig oder als diffuse Infiltrationen auf. Auf dem Durchschnitte lässt sich von den jüngeren Gummaknoten eine gallertige Flüssigkeit abstreifen, welche neben der elastischen Consistenz der Geschwulst den Namen Gummaknoten eintrug.

Mikroskopisch zeigt sich ein hauptsächlich spindelzelliges Gewebe mit einer von schleimiger Flüssigkeit durchtränkten Intercellularsubstanz; degenerieren die Zellen fettig uud werden nekrotisch, so zeigt sich central das Bild des detribus mit seiner feinkörnigen, fetthaltigen Masse und isolierten, geschrumpften Kerne, peripher das jüngere oder ältere Narbengewebe; wie bei dem Primäraffekte ist auch hier die adventitia der Gefässe stark gewuchert und selten findet sich hier das Bild der endarteriitis obliterans syphilitica.

Das Schicksal der Knotengeschwülste ist entweder Verkäsung; bei oberflächlicher Lage der verkästen Stelle kommt es zum Durchbruche nach aussen, es bildet sich eine Fistel mit callös infiltrierten Rändern, eitrig belegtem Grunde und schlechten Granulationen und schliesslicher Stenosenbildung, bei tieferer Lage zur Cavernenbildung; der andere Ausgang ist fettige Entartung, Resorption des Fettes und Hinterlassung von Schwielen, ein Erfolg, der sich nach zweckmässiger Therapie einzustellen pflegt. Die Syphilome sind an ihrer Oberfläche nicht glatt und frei beweglich; letzteres hängt von starken fibrösen Strän-

gen ab, welche häufig den Gummaknoten mit der Umgebung verbinden, ersteres davon, dass die Granulome, wie sie Virchow auch nannte, nicht aus einem Kerne entstehen, sondern sie bilden sich durch ein Agglomerat kleiner Knoten und Herde, welche durch Bindegewebe getrennt sind. Sodann zeichnen sich die Syphilome durch ihre Schmerzhaftigkeit bei der Palpation aus; nach Lanceraux ist die Geschwulst mit einerNervenfaser verwachsen und erhält so ihreSchmerzhaftigkeit. Ferner ist das sprungweise Wachstum eine Eigentümlichkeit der Syphilome, worauf schon Salomon 1845 hinwies; nach längerer Pause tritt ohne nachweisbare Ursache plötzlich meist unter Entzündungserscheinungen ein Wachstum hervor; hiermit kann der Geschwulstcharakter verloren gehen und eine diffuse entzündliche Infiltration eintreten. Hinsichtlich der Konsistenz unterscheidet man harte und weiche Syphilome; erstere ähneln einer dicken Gummilösung, letztere sind reich an fibrösen Bestandteilen.

Dass bei diesem variierenden Auftreten des Syphiloms bei einer geschwulstartigen Erkrankung oder entzündlichen Infiltration des m. st.-cl.-m. die Diagnose auf Lues ohne Hülfsmittel nicht sofort sicher gestellt werden kann, liegt auf der Hand. Als nächstliegendes Hülfsmittel benutzen wir die Anamnese.

Freilich lässt uns diese nicht selten im Stich, da manche Patienten aus erklärlichem Schamgefühl, das allerdings dem Arzte gegenüber sehr unzweckmässig ist, eine frühere Infektion leugnen; ist dieslbe jedoch

zugestanden, so muss der Verdacht auf Syphilom verstärkt werden, da unter allen entzündlichen und geschwulstartigen Muskelaffektionen das Syphilom die erste Stelle einnimmt.

Wird die Affektion absichtlich oder aus Unkenntnis, sei es, dass der Primäraffekt für ein nichts bedeutendes Knötchen gehalten werde, oder durch eine Phimose oder Lage in der urethra versteckt wurde oder schliesslich die wenig Beschwerden machende Erkrankung in der Latenzperiode in Vergessenheit geriet, bestritten, so lässt sich häufig durch Erforschen etwa vorausgegangener Erscheinungen, wie Ausschlag, Halserkrankung u. Ä. oder der etwa bisher verwandten therapeutischen Mittel, oft noch eine syphilitische Infection feststellen. Zuweilen führt auch der Zustand der Nachkommenschaft auf den richtigen Weg, sowie die Thatsache, dass luetisch inficierte Frauen häufig abortieren; doch nicht immer trifft dieser Faktor zu, wie dies auch aus den nachfolgenden Krankengeschichten hervorgeht.

Schlägt auch dieses Mittel fehl, so muss eine genaue körperliche Untersuchung aushelfen. Sind aber Residuen einer luetischen Affektion nicht mehr zu entdecken, so lässt sich immerhin nach Ausspaltung der weiter unten besprochenen, differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Entzündungen und Geschwülste eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, deren Berechtigung ex juvantibus, durch eine Inunctionskur, in

kurzer Zeit ohne Schaden für den Patienten mit absoluter Sicherheit geprüft werden kann.

Bei der Aufnahme des status praesens hat man in erster Linie auf leucoderma syphiliticum zu fahnden; diese hauptsächlich bei Frauen im Anschluss an zurückgebildetes Fleckensyphilid verbreitete und bald vereinzelt, bald in Form einer grossen Spitze auftretende Pigmentatrophie mit stärker als normal braun pigmentierter Umgebung hat vorzüglich an den seitlichen Teilen des Halses seinen Sitz; dieser Befund, der seines bequemen Sitzes wegen die oft missliche Körperuntersuchung überflüssig macht, genügt, eine sichere Diagnose einer früheren syphilitischen Erkrankung zu machen. Befindet sich der Patient in einem frühen Stadium der Erkrankung, so sind Schwellungen der Occipital- und Cubitaldrüsen von Wichtigkeit; von einzelnen Autoren wird diese Schwellung geradezu als pathognomisch für lues angesehen. Eine gleichmässige Lichtung des Haupthaares lässt an alopecia syphilitica denken. Deformitäten der Nägel können sich an ulcerierende Paronychien anschliessen. Narben an den Genitalien haben keine diagnostische Zuverlässigkeit, da das ulcus molle viel häufiger mit Narben heilt, als der syphilitische Primäraffekt; dass das ulcus molle nicht eine milde auftretende Form des Hunter'schen Schankers ist, wie die Unitarier meinen, sondern das Symptom einer durch ein spezifisches Contagium hervorgerufenen, nicht über Genitalien und nächstgelegene

vorliegenden erkrankten Teil, in unserem Falle den m. st.-cl. m., selbst halten und durch Vergleich mit anderen in Betracht kommenden Erkrankungen eine Diagnose zu stellen versuchen.

Differentialdiagnostisch kommen zunächst die Erkrankungen des Muskels selbst in Betracht. Die Entzündungen des Muskels betreffen entweder die Muskelsubstanz selbst, die sogenannte parenchymatös-degenerative Entzündung, oder aber das interstitielle Bindegewebe; die letztere lässt sich wieder in eitrige und produktive scheiden.

Bei der myositis parenchymatosa degenerativa erhält der Muskel infolge von Verfettung eine weiche Consistenz; diese Form der Entzündung schliesst sich zuweilen an Infections-Krankheiten an, besonders Typhus, sowie lokal an interstitielle eitrige Processe.

Die myositis interstitialis apostematosa ist die Reaktion des Muskels auf ein Trauma, eine benachbarte Gelenk- oder Knochenaffektion o. A.; der Nachweis des ätiologischen Momentes wird vor Verwechslungen schützen.

Kleine multiple Muskelabscesse, deren schlechter, schmierig-dünner Eiter Unmassen von Schizomyceten mikroskopisch erkennen lässt, weist auf Rotzinfektion hin. Die myositis interstitialis fibrosa geht mit Bildung fibrosen Gewebes unter Atrophie der Muskelsubstanz einher; sie schliesst sich entweder primär als rheumatische Schwiele an einen langjährigen Rheumatismus an oder als Muskelnarbe an ein Trauma

oder sekundär an chronische Entzündungen benachbarter Organe. Die Anamnese giebt hier hinreichenden Aufschluss über die Form der Entzündung.

Unter den progressiven Ernährungsstörungen ist die wahre Hypertrophie selten; sie erscheint meist als Arbeitshypertrophie; eine Arbeitshypertrophie kann sich im m. st.-cl.-m. durch seine erhöhte Thätigkeit als Hülfsatmungsmuskel bei langdauernden, schweren Lungenerkrankungen einstellen. Die Diagnose der Pseudohypertrophie durch interstitielle Fettablagerung bietet keine Schwierigkeiten.

Auf die Atrophie des Muskels brauchen wir hier nicht einzugehen, da bei Syphilom des Muskels stets eine Volumenszunahme erfolgt.

Die progressiven Ernährungsstörungen durch die verschiedenartigen Geschwülste wollen wir erst nach einer Betrachtung der in der Umgebung des m. st. cl. m. vorkommenden und zu Verwechslungen mit Syphilomen vielleicht Anlass gebenden Entzündungen besprechen.

Entzündungen und Eiterungen, welche aus traumatischen Affektionen der Umgebung des Muskels resultieren, können kaum zu irgendwelchen Irrtümern Anlass geben. Schwieriger wird die Differentialdiagnose bei Entzndüungen und Vereiterung der Halslymphdrüsen sowie besonders bei den von Eiterherden benachbarter Organe fortgeleiteten Abscessen.

Die Entzündung der Lymphdrüsen scheidet sich in eine acute und chronische; bei der acuten Entzün-

dung bleibt diese entweder auf einer cirkumskripten Stelle stehen oder aber verbreitet sich peripher nach Durchsprengung der Kapsel, der Abscess wird zur Phlegmone.

Bei den chronisch entzündlichen Processen, denen in den meisten Fällen Tuberculose zu Grunde liegt, kommt es entweder zu einer Abkapselung, zu dem sogenannten „kalten Abscess“ einer Lymphdrüse oder es sind ganze Drüsenpackete von der Entzündung ergriffen und diese nehmen eine geschwulstartige Form an mit teilweiser Vereiterung, teilweiser Verkäsung und entzündlicher peripherer Infiltration. Höchstens die Diagnose dieser letzteren macht Schwierigkeiten; schwieriger ist die Diagnose der erwähnten fortgeleiteten Abscesse, der sogenannten Senkungs- oder nach Hueter besser Wanderabscesse. Die eigenartige Struktur des Halses erleichtert das Zustandekommen dieser eigentümlichen pathologischen Erscheinungen. Den anatomischen Forschungen von Bichat, welche durch Henke und König durch physikalische Experimente erweitert wurden, verdanken wir die genaue Kenntnis der für den Verlauf pathologische Processe so wichtigen Bindegewebsspalten des Halses. An dieser Stelle kommt nur die von Henke als „Muskelspaltraum“ bezeichnete, nur von lockerem Bindegewebe ausgefüllte Spalte in Betracht, die sich an der Umschlagstelle des musc. sterno. cleido mastoid in seiner halben Höhe über die Aussenfläche der mm. scaleni und Wirbel nach seiner Inser-

tionsstelle hin befindet. Dieser Muskelspaltraum wird oft der Sitz eines fortgeleiteten Abscesses. Die Fortleitung der Entzündungsprocesse erfolgt zumeist durch die Lymphbahnen, in anderen Fällen durch das inficierte Blut; in letzterem Falle kommt es zur wirklichen Metastasenbildung. Auch kommt natürlich der direkte Übergang einer Eitersammlung eines Bindegewebsspaltraumes in einen benachbarten vor.

Die anatomische Grenze der Bindegewebsspalte ist allerdings keine unüberwindliche Schranke für den fortgeleiteten Eiter. Dieser bewegt sich nicht wie indifferenter Stoff gemäss den hydrostatischen Gesetzen weiter, sondern er pflanzt sich, wie König sagt, als ein belebtes Ferment in den Geweben fort, sodass also die anatomische Kenntnis der Spalträume nur eine relativ zuverlässige Wegweiserin ist.

Die Eingangspforte für die Noxe, welche den zum Halse fortgeleiteten Abscess bedingt, ist nicht selten eine unbedeutende und oft unbeachtete Schrunde in der Haut oder Schleimhaut; oder aber der Abscess schliesst sich an eine septische Erkrankung von Zahn oder Kiefer an; diphteritische und typhöse Processe der Mund- und Rachenhöhle geben nicht selten zu seinem Entstehen Anlass. Die Anamnese und die Beachtung des Primärsitzes weisen auf die richtige Diagnose hin. Die Erkennung des Ursprungsheerdes wird auch vor Verwechslung mit den durch Aktinomyces hervorgerufenen sekundären Heerden schützen. Fast unmöglich freilich wird die prägnante Diagnose

bei einer Mischform von Muskelsyphilis und Aktinomykose, von der Köhler in den Charité-Annalen berichtet. Die als angina Ludovici beschriebene, meist von der gl. submaxillaris ausgehende Phlegmone mit putrider Gewebsnekrose wird nur bei flüchtiger Feststellung der Lokalisation des Ursprungsheerdes zu Verwechslungen Anlass geben.

Abscesse in der Gefässscheide mit häufig gleichzeitiger entzündlicher Infiltration des m. st.-cl.-m. können zu diagnostischen Irrtümern Anlass geben. Doch diesen wie allen anderen differentiell in Betracht kommenden Krankheiten gegenüber muss die Eigentümlichkeit des Syphiloms, nicht über den Bereich des Muskels hinauszugehen, hervorgehoben werden.

Einen vom Gewebe des Muskels selbst ausgehenden entzündlichen Process täuschen die von seinen Insertionsstellen, dem proc. mast. und sternum, ausgehenden Abscesse vor. So beobachtete König einen Senkungsabscess in der Richtung von unten nach oben im Anschluss an eine tuberculöse Carcies des Sternums an der Stelle der Sehneninsertion; eine längliche, wurstförmige fluktuirende Geschwulst erstreckte sich von dieser Gegend aus im Anschluss an die Bahnen des Sternalansatzes des Muskels bis über das untere Dritteil desselben hin. Der Muskel selbst war intakt.

Auch können Pflegmonen, die von tief unter der fascia infrahyoidea gelegenen entzündlichen Processen

ausgehen, nach dem Muskelspaltraum durchbrechen, und diesen geschwulstartig vordrängen.

Der selten vorkommende Fall des Durchbruches eines Lungenabscesses in die Supraclaviculargegend, in die Nähe der Insertionsstelle des m. st.-cl.-m. kann diagnostisch kaum Verwechslungen mit einem eitrig zerfallenen Syphilom des Muskels bewirken.

Der zuweilen im Anschluss an eine myelitis granulosa der Halswirbel sich anschliessende Durchbruch des Eiters entlang dem plexus brachialis in die Supraclaviculargegend, ist immer von den charakteristischen Folgeerscheinungen des malum Pottii an der columna vertebralis begleitet, die auf den Ursprungsherd der Erkrankung hinweisen.

Wir sehen also, dass im Grossen und Ganzen die Entzündungen in der unmittelbaren Nähe des Muskels diagnostische Irrtümer kaum zulassen. Nicht so einfach ist die Ausschaltung andersartiger Geschwülste, die in der nächsten Nähe des Muskels oder an ihm selbst ihren Sitz haben. Denn wie Riedel (Deutsche Chirurgie, herausg. von Billroth und Luecke, Lieferung 36) sagt, ist der Hals von allen Regionen des Körpers am meisten ausgezeichnet durch Zahl und Mannigfaltigkeit der Geschwulstbildungen, von denen fast sämtliche Repräsentanten auf dem kleinen Raume vereinigt vorkommen, bald als Symptom einer Allgemeinerkrankung des Körpers, bald als Folge einer primären Erkrankung in der Nähe des Halses gelegener Organe, bald endlich am Halse

primär entstehend. Den Grund für diese Ausnahmestellung des Halses sucht derselbe Autor in der Lage des Lymphstromes, der an seiner Einmündungsstelle in die vena subclavia die weit verzweigten Lymphäste aufgenommen hat, welche auf ihrem langen Wege reichlich Gelegenheit haben, Infektionskeime in sich aufzunehmen.

Wir beginnen mit den nicht im Muskel lokalisierten Geschwulstformen.

Die Tracheocele und die in der Supraclaviculargrube gelegene Pulmonalhernie werden durch leicht ermöglichte Zurückdrängung ihres Inhaltes, Luft, beziehungsweise emphysematöses Lungenparenchym, sowie durch ihre Überlagerung seitens des Muskels leicht diagnosticiert.

Die in der fossa supraclav. gelegenen und dort nur selten vorkommenden Dermoidcysten sind meist von kleiner Form und direkt unter der Haut gelegen und mit dieser verschieblich, was sich von den Syphilomen in den allermeisten Fällen bekanntlich nicht sagen lässt; perforieren sie, so entleert sich ein ganz abnormer Inhalt, wie Haarbüschel, Zähne, Knorpel u. A.

Von den aus Hemmungsbildungen und zwar aus mangelhaftem Verschluss der Kiemenspalten und aus versprengten Schilddrüsenläppchen hervorgehenden serösen und atheromatösen Cysten können die durch unvollständigen Verschluss der 3. und 4. Kiemenspalte resultierenden Geschwülste Affektionen des

Muskels vorspiegeln; doch sprechen nach Riedel der typische Sitz, das langsame Wachstum, die meist sehr deutliche und bei Atheromen mehr elastische Fluktuation, das ungestörte Allgemeinbefinden für seröse resp. atheromatöse Cysten. Der bei Perforationen hervortretende charakteristische Inhalt, sowie der häufig mögliche Nachweis des normalen Zustandes des Muskelstranges unterstützen die Diagnose.

Eine Verwechslung mit hygroma colli cysticum congenitum, wie es Küster zwischen cart. thyr. und vorderem Rande des m. st.-cl.-m. beobachtete, käme höchstens bei hereditärer Syphilis in Betracht, da fast nur Kinder an dieser Lymphgefässectasie leiden; von Erkrankungen Erwachsener an diesem Leiden sind nur einige wenige Fälle bekannt. Die Feststellung der hereditären Belastung würde sofort die Art der Erkrankung feststellen.

Teleangiectasien und Blutcysten bieten differentialdiagnostisch keine Schwierigkeiten.

Eine Verwechslung mit Carotisaneurysma ist wegen der für ein Aneurysma charakteristischen Symptome der Pulsation und des blasenden Geräusches ausgeschlossen.

Die Aneurysmen der a. carotis sind nicht selten durch Syphilis bedingt, wovon Zeissl mehrere Fälle mitteilt.

An der Carotis ist zuweilen gummöse Arteriitis mit Ausgang in Obliteration beobachtet, jedoch nie-

mals mit Bildung von äusserlich hervortretenden Geschwülsten.

Auch gummöse Phlebitis ist wiederholt beobachtet worden; von Langenbeck teilt hierüber einen Fall mit: Eine 53jährige, angeblich hereditär nicht belastete Frau, von deren 11 Kindern nur noch 5 leben, bemerkte seit 4 Monaten eine bohnengrosse Anschwellung an der rechten Seite des Halses, in der Höhe des Kehlkopfes, die langsam wuchs und bei Berührung schmerzte, Atmung und Schlingen aber nicht hinderte. Die Geschwulst zeigte bei der Untersuchung eine feste Consistenz, war mit der Haut und dem Kopfnicker verwachsen, an der höchsten Stelle gerötet; die benachbarten Lymphdrüsen waren nicht geschwollen. Es wurde Diagnose auf Carcinom gestellt. Bei der Operation zeigte sich, dass die Geschwulst durch starke bindegewebige Stränge mit der Halsfascie, dem Kopfnicker und den tiefer gelegenen Teilen verbunden war; nach genauer Präparation zeigte sich die v. jug. comm. ganz und gar von der Geschwulstmasse umwachsen und in ihrer Wandung selbst erkrankt. Der nunmehr auf Syphilom gelenkte Verdacht wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

An diese weichen Geschwülste der Umgebung des Muskels schliessen wir das Auftreten von Parasiten im Muskel, sowie der harten Geschwülste in ihm und seiner Umgebung an.

Die durch Trichinen bewirkte Anschwellung und

pralle Consistenz des Muskels findet durch die gleichzeitige Erkrankung zahlreicher anderer Muskeln und die begleitenden Symptome der Trichinosis hinreichende Erklärung. Echinococcengeschwülste sind selten am m. st.-cl.-m.; sie charakterisieren sich durch ihr schubweises Wachstum, ihre Fluktuation und das freilich häufig im Stiche lassende Hydatidenschwirren; eine Punktion mit langen Nadeln sichert die Diagnose.

Der cysticercus cellulosae wird nur erbsen- bis bohnengross; charakteristisch für ihn ist sein multiples Auftreten.

Von den harten Geschwulstformen ist das Sarkom am häufigsten unter den Geschwülsten des Halses vertreten; hier sind die Lymphdrüsen sein bevorzugter Sitz. Die primäre Sarkomatose derselben erscheint isolirt oder multipel; bei den isolierten kennzeichnet sich die maligne Form durch ihren schnellen Verlauf, indem sie in wenigen Monaten sich zu ernormer Geschwulst ausdehnen kann; die Drüsenkapsel wird durchbrochen und Muskeln und Gefässe, besonders die venösen, in gleicher Weise ergriffen; nach Perforation der Haut tritt das Sarcom als verjauchter Tumor hervor; der exitus letalis erfolgt in kurzer Zeit.

Die meist ohne Sprengung der Kapsel verlaufende mehr cirkumskripte und gutartigere Form der primären sarkomatösen Lymphdrüsenerkrankung wird durch ihre regelmässige Form, ihre Lokalisation und ihre lokalen Necidive erkannt; Metastasen derselben sind selten.

Das multipel primär auftretende Lymphdrüsensarkom zeichnet sich durch rasches Wachstum, sowie Neigung zu lokalen Recidiven aus; vor Allem ist das multiple Auftreten charakteristisch gegenüber Syphilom. Bei der sekundären Lympfdrüsenerkrankung tritt die sarkomatöse wegen der geringen Neigung des Sarkoms, sich auf lymphatischem Wege fortzupflanzen, gegenüber der carcinomatösen sehr zurück.

Bei Lippenkrebs können die Lymphdrüsen an der Innenseite des m. st.-cl.-m., dicht oberhalb seines Ansatzes an clavicula und sternum anschwellen; ein häufiger Folgezustand carcinomatös infiltrierter Lymphdrüsen ist Zerfall, Cystenbildung und Perforation der Haut durch die verjauchten Geschwulstknoten. Die Differentialdiagnose zwischen einer solchen Fistel und einem zerfallenen Syphilom ist einfach, wenn der Primärherd zu erkennen ist; liegt aber nur z. B. nach Exstirpation eines kleinen Lippencarcinomes eine unbeachtete Narbe vor oder ist die Lymphdrüsenaffektion das einzig erkennbare Zeichen eines tiefliegenden Primärkrebses, so muss die oft schwierige Diagnose durch die Erforschung früherer krebsiger Erkrankung beziehungsweise den kachektischen Zustand des Patienten gesichert werden.

Die sekundäre syphilitische Lymphdrüsen-Erkrankung befällt in den meisten Fällen die gland. cervic. superfic. super. am hinteren Rande des Temporalansatzes des m. st.-cl.-m. Ihre lange be-

stehende circumscripte Form, sowie ihre Lokalisation kennzeichnen sie als Drüsenschwellung.

Primär und sekundär tritt die Schwellung von Halslymphdrüsen auf bei Leukämie; Schwellung der Milz und eine hochgradige Vermehrung der weissen Blutkörperchen des Blutes lassen den Grund dieser Schwellung erkennen.

Die Differentialdiagnose der Syphilome von den malignen Geschwülsten, Carcinom und Sarkom, wird noch besonders durch die Uebereinstimmung ihrer Prädilektionssitze erschwert: Muskeln, Schleimhäute, Hoden und weibliche Brustdrüse.

Von den hier nur in Betracht kommenden Muskeln wird der m. st.-cl.-m. am meisten von Syphilom bevorzugt, ihm schliessen sich die bicipites der Extremitäten an. Nach Karewski ist das primäre Sarkom ausserordentlich selten; es zeigt ein rapides Wachstum und zwar ohne jede Rücksicht auf anatomische Grenzen, über ganze Muskelgruppen hinweg, während das Syphilom im Gegenteil sich circumscript im einzelnen Muskel abgrenzt. Bestehende Zweifel muss die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes heben.

Dem Sarkom gegenüber treten die übrigen Geschwulstformen in ihrem Erscheinen im m. st.-cl.-m. sehr zurück.

Primäre Carcinome kommen in demselben nicht vor; über metastatische resp. accessorische Carcinomknoten lässt sich dasselbe wie bei der secundären carcino-

matösen Erkrankung der Halslymphdrüsen aussagen. Die zuweilsn in der fossa supramaxill. sich findenden Lipome sind durch ihren lappigen Bau charakterisiert. Fibrome kommen hier nicht vor. Kann aber eine sichere Diagnose nicht gestellt werden, so muss man bei Verdacht auf Syphilom stets die antiluetische Kur einleiten, welche in kurzer Zeit erkennen lässt, ob man auf dem richtigen Wege ist.

Ich lasse die Krankengeschichten von 2 in der Klinik des Herrn Professor Helferich beobachteten Fällen von Syphiloma des m. st. cl. m. folgen.

Fall I.

Anamnese: Patient ist der 32 Jahre alte Steinmetz G. P.; derselbe giebt an, stets gesund gewesen zu sein, bis auf 2 überstandene Lungenentzündungen. Mitte Dezember 1888 bemerkte er eine kleine harte Drüse unter dem linken Unterkieferwinkel, dieselbe vergrösserte sich bis auf Nussgrösse und war stets schmerzlos. Vor vier Wochen, Anfang April 1888 bemerkte er eine Anschwellung, etwa in der Mitte des l. m. st. cl. m., die sich allmählich nach oben und unten vergrösserte und ebenfalls stets schmerzlos war. Seit einigen Tagen kam ihm öfters beim Schlucken von Flüssigkeiten etwas in die Nase. Vor 2 Jahre hatte er nach einem Schlage auf der l. Seite der Nasenwurzel eine harte Infiltration, die nach $^1/_4$ Jahr zur Heilung gelangte. Patient ist seit 1882 verheiratet und hat 3 ganz gesunde Kinder. Abortus der uxor nicht angegeben. Seit 4 Wochen allmählich zunehmende Kieferklemme, sonst keine Beschwerden am Halse. Patient wird am 7. Mai 1889 in die chirurg. Klinik aufgenommen. Status: Kräftiger, muskulöser Mann. Die Gegend des l. m. st. cl. m. und unterhalb des l. Kieferwinkels scheint geschwollen. Die Consistenz der Anschwellung ist eine sehr harte. Der Tumor reicht nach unten bis 1 Fingerbreit über die clavicula, nach oben

bis an den proc. mastoideus. Die Breite etwa 6 cm, Länge 11 cm, Die Haut ist nicht ulceriert, an einer taubeneigrossen Stelle blauroth gefärbt, und etwas adhärent, sonst über dem Tumor verschieblich. Der m. st. cl. m. scheint in den Tumor aufgegangen zu sein und ist über den unterliegenden Teilen verschieblich. Der Mund kann nu knapp $1^1/_2$ cm geöffnet werden. Am harten Gaumen in der Mittellinie kurz vor dem Ansatz des weichen befindet sich eine kleine rundliche Perforationsöffnung, Zäpfchen gespalten, seine l. Hälfte bedeutend grösser, an der hinteren Rachenwand zieht sich ein kleinfingerdicker Strang herunter, der in Farbe nicht wesentlich von der umgebenden Rachenwand abweicht. Cubital- und Occipitaldrüsen nicht geschwollen; am penis keine Narben.

Diagnose: Gummöse Infiltration des m. st. cl. m., Perforation des harten Gaumens, uvula bipertita adhaerens.

Therapie: Schmierkur, tgl. 3 gr. Solutis Kalii jodati 10: 200 tgl. 2 Esslöffel, Gurgeln mit Sol. Kal. chloros.

Patient wird am 10. V. auf seinen dringenden Wunsch entlassen. Er kann den Mund etwas weiter öffnen, sonst unverändert.

Fall II.

Anamnese: Frau A. W., aufgenommen am 15. Nov. 1889 bekam im März d. J. ohne äussere Ursache eine rundliche Anschwellung in der Gegend des r. Sterno-Clavicular-Gelenkes, die ziemlich schmerzlos war und im August d. J. von selbst zum Aufbruch kam, wobei sich dünner Eiter entleerte. Sie wurde in ihrer Heimat ohne Erfolg mit Salbe behandelt. Im Jahre 1872 will Patientin während eines Wochenbettes von einem Dienstmädchen inficiert worden sein. Sie bekam Condylome an vagina und anus, die nach einigen Monaten wieder abheilten. Behandlung nur intern mit Arznei. Patientin hatte sodann noch 3 Kinder, von denen das 3. i. J. 1875 totgeboren wurde. Zu derselben Zeit litt Patientin an Geschwüren an beiden Unterschenkeln, die nach einem Jahre wieder abheilten.

Status: Magere, gesund aussehende Frau. In der Gegend des m. st. cl. m. sin. bemerkt man eine kleine Fistel, deren Umgebung

eine bläulich-rosa Farbe zeigte. Die Sonde dringt nach oben in der Richtung des l. .m st.-cl.-m. cr. 8 cm vor; ihr Ende ist in der Höhe des Kieferwinkels unter der Haut zu fühlen. Der l. m. st.-cl.-m. ist besonders in der Gegend des Kieferwinkels verdickt, infiltriert und bei Palpation etwas empfindlich. Im Rachen nichts Besonderes. Auch das untere Ende des r. m. st.-cl.-m. erscheint etwas verdickt. An den beiden Unterschenkeln ausgedehnte flache Narben, zum Teil weiss, zum Teil gelblich gefärbt. Am anus und in der vagina nichts Besonderes. Es besteht mässiger Cervicalcatarrh mit Erosionen der Portio.

Therapie: Einleitung einer Schmierkur: 3 gr. pr. die mit gleichzeitiger Darreichung von Jodkali. — Anfangs wird die Fistel grösser und sondert reichliches Sekret mit kleinen nekrotischen Fetzen ab.

Anfang Dezember reinigt sich die Infiltration im unteren Ende des r. m. st.-cl.-m. bedeutend, die des l. ist bereits etwas vermindert. Nach 4 Touren der Schmierkur ist die Schwelluug fast ganz geschwunden; die Fistel hat sich geschlossen; man erkennt nur noch eine schmale ca. 2 cm. lange Narbe mit rötlich verfärbter Umgebung, sodass die Patientin am 8. XII. 89 als geheilt entlassen werden kann.

In diesen beiden Fällen war die Diagnose durch Residuen früherer luetischer Erkrankung so gestützt, dass ein Irrtum nicht gut möglich war. Bramann sagt im Anschluss an zwei Fälle von Syphilom des m. st.-cl.-m., dass diese Fälle sehr schwer diagnosticierbar sind; und in der That ist es schwer bei negativem Ergebnis der Anamnese und der Forschung nach Residuen früherer syphilitischer Erkrankung, eine sichere Diagnose zu stellen bei der grossen Zahl und dem bunten Bilde der am Halse in der Nähe des Muskels oder an ihm selbst beobachteten Entzündungs- und Geschwulstformen; doch bestehen Zwei-

fel, ob die eine oder die andere Krankheitsform vorliegt, so ist zur Stützung der Diagnose stets eine Inunctionskur empfehlenswert. —

Zum Schlusse erlaube ich mir meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Helferich meinen herzlichsten Dank für die Zuweisung der Arbeit auszusprechen.

Litteratur.

F. V. Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

J. Orth, Compendium der pathologisch-anatom. Diagnostik.

E. Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

König und Riedel, die entzündlichen Processe und Geschwülste am Halse. (Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth und und Luecke, Lieferung 36).

F. Karewski, über chirurgisch wichtige Syphilome und deren Differentialdiagnose (Berliner Klinik, Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Hahn und Fürbringer).

B. von Langenbeck, Über Gummigeschwülste (Granulome, Syphilome) (Archiv für klinische Chirurgie, herausgeg. von B. von Langenbeck, Band 36., VIII).

E. Bramann, deutsche medicin. Wochenschrift, 1889, S. 92.

A. Deprés, Des tumeurs des muscles, thèse présentée et soutenue à la Facultée de Médecine.

E. Pumplun, Beitrag zur Kenntniss der Syphilome am Halse. (Inaugural-Dissersation, Greifswald, 1889).

Lebenslauf.

Clemens Maria Josef Hubertus Rüschhoff, geboren zu Ueberruhr (Rheinprovinz) am 10. Juni 1867, katholischer Confession, Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Heinrich Rüschhoff und dessen Ehefrau Louise, geb. Keller, erhielt seinen ersten Unterricht in der Elementarschule zu Altendorf bei Essen (Ruhr) und besuchte später das Königliche Gymnasium zu Essen, welches er Ostern 1886 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Hierauf wandte er sich dem Studium der Medicin zu und bezog die Universität Freiburg, von Michaelis 1886 bis Ostern 1888 die Universität Greifswald, wo er am 28. Februar die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Studienjahr 1888/89 setzte er seine Studien in München fort, wo er gleichzeitig vom 1. Oktober 1888 bis 1. April 1889 seiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe bei der 4. Kompagnie des 1. Königl. Bayrischen Inf.-Reg. „König" genügte. Im Sommersemester 1889 besuchte er die Universität Bonn. Seit Michaelis 1889 ist er auf der Universität Greifswald immatrikuliert. Hier bestand er am 28. April 1890 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Freiburg:

Prof. Baumann.

In München:

Prof. Augerer, Prof. Bauer, Prof. Bollinger, Dr. Klaussner, Prof. Rüdinger, Dr. Hintzing, Geh.-Rath Prof. von Ziemssen.

In Bonn:

Geh.-Rath Prof. Doutrelepont, Prof, Köster, Geh.-Rath Prof. Saenisch, Prof. Schultze, Prof. Trendelenburg, Dr. Witzel.

In Greifswald:

Geh.-Rath Prof. J. Budge †, Prof. Gerstäcker, Prof. Grawitz Prof. Helferich, Dr. Hoffmann, Prof. Holtz, Prof. Krabler, Geh.-Rath Prof. Landois, Geh.-Rath Prof. Limpricht, Prof. Löffler, Geh.-Rath Prof. Mosler, Dr. Peiper, Geh.-Rath Prof. Pernice, Prof. Freiherr v. Preuschen, Prof. Schirmer, Prof. Solger, Prof. Sommer, Prof. Schulz, Prof. Strübing.

Allen diesen hochverehrten Herren Professoren und Docenten sagt Verfasser seinen herzlichsten Dank, insbesondere Herrn Professor Dr. Sommer und Herrn Professor Dr. Helferich, unter deren Leitung er als Volontair thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Bei tuberkulösen Gelenkaffektionen ist die conservative Behandlung mit Injektion von Jodoformemulsin der radikalen vorauszuschicken.

II.

Das beste Schutzmittel gegen das Weitergreifen der Tuberculose in der Bevölkerung ist das Vernichten und Unschädlichmachen der Sputa Tuberculöser.

III.

Liegt bei einem Tumor Verdacht auf luetischen Ursprung vor, so ist stets die antisyphilitische Kur einzuleiten.